

※本状を直接送信してください。

FAX:092-882-1605

早良病院 地域連携室・医療相談室 代表:中川 美幸 宛て

日本医療ソーシャルワーク学会 入会申込書

日本医療ソーシャルワーク学会会長

貴学会に入会を申し込み致します。

平成 年 月 日

氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日生
		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
所属機関 名称	フリガナ		
所属部署		職名	
所属機関 住所	〒 (TEL) <input type="checkbox"/> 代表 <input type="checkbox"/> 直通 (FAX) <input type="checkbox"/> 代表 <input type="checkbox"/> 直通		
現職の勤務	年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 勤務開始	経験年数	MSW 年 ヶ月 PSW 年 ヶ月
郵便物 送付先	<input type="checkbox"/> 所属機関 <input type="checkbox"/> 自宅		
自宅住所	〒 *送付先が自宅の場合、必ず自宅住所をご記入ください。 (TEL) (FAX)		
E-mail	<input type="checkbox"/> 所属機関 <input type="checkbox"/> 個人		
推薦者欄 (※入会に際しては、会員である推薦者1名が必要です。)			
推薦者氏名	(自筆でなくても可)		
推薦者の 所属機関			
後日、理事会にて入会審査を行った後、ご案内をさせていただきます。			
事務局 記入欄	受付 年 月 日	承認 年 月 日	処理 年 月 日
㊞			